

**CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR REINALDO RAMOS – CESREI  
FACULDADE REINALDO RAMOS – FARR  
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

**RUBILEUDO FERNANDES DE ALMEIDA**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: A AVALIAÇÃO DO IMPACTO DS  
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, HOSPITALARES E COMPRAS DE  
MEDICAMENTOS POR DEMANDA JUDICIAL NO ORÇAMENTO DO FUNDO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – PB.**

Campina Grande – PB  
2021

**RUBILEUDO FERNANDES DE ALMEIDA**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: A AVALIAÇÃO DO IMPACTO DS  
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, HOSPITALARES E COMPRAS DE  
MEDICAMENTOS POR DEMANDA JUDICIAL NO ORÇAMENTO DO FUNDO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – PB.**

Trabalho Monográfico apresentado à  
coordenação do Curso de Direito da Faculdade  
Reinaldo Ramos – FARR, como requisito parcial  
para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador (a): Prof. Me Rodrigo Araújo Reul

Campina Grande – PB  
2021

---

A447j

Almeida, Rubileudo Fernandes de.

Judicialização da saúde: a avaliação do impacto dos procedimentos ambulatoriais, hospitalares e compras de medicamentos por demanda judicial no orçamento do fundo municipal de saúde de Campina Grande – PB / Rubileudo Fernandes de Almeida. – Campina Grande, 2021.  
41 f. : il. color.

Monografia (Bacharelado em Direito) – Faculdade Reinaldo Ramos-FAAR, Centro de Educação Superior Reinaldo Ramos-CESREI, 2021.

"Orientação: Prof. Me. Rodrigo Araújo Reül".

1. Direitos Fundamentais. 2. Saúde Pública. 3. Judicialização da Saúde.  
I. Reül, Rodrigo Araújo. II. Título.

CDU 342.7:614(043)

**RUBILEUDO FERNANDES DE ALMEIDA**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: A AVALIAÇÃO DO IMPACTO DS  
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, HOSPITALARES E COMPRAS DE  
MEDICAMENTOS POR DEMANDA JUDICIAL NO ORÇAMENTO DO FUNDO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – PB.**

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof. Me. Rodrigo Araújo Reul  
Faculdade Reinaldo Ramos - FARR  
Orientador

---

Prof.  
Faculdade Reinaldo Ramos - FARR  
1º Examinador

---

Prof.  
Faculdade Reinaldo Ramos - FARR  
2º Examinador

Deus, só.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, a Espiritualidade Maior da Doutrina do Vale do Amanhecer, por ter permitido que as barreiras fossem ultrapassadas e o objetivo alcançado, sem magoar e sem criar quaisquer reajustes. Agradeço reiteradamente a minha mãe Maria Salete, por sempre ter lutado por mim e por minha irmã, e nunca ter desistido de nós. A minha irmã Rubilene (Ruby) pelos momentos de desabafo e por sua amizade, ao meu pai Francisco Nóbrega pela construção de vida que tivemos e hoje sermos amigo, as minhas filhas (crias) Ayane e Livia Maria por suas criticidades e mesmo de distância, estarmos em sintonia. Agradeço aos Professores da CESREI por serem mestres do aprendizado e da vida, em especial ao amigo Professor Rodrigo Reul pelas incontáveis vezes que recorri a ele e a Professora Cosma, um verdadeiro anjo de pessoa, verdadeira incentivadora de vida. Agradeço aos colegas que fiz nesses cinco anos e em especial a minha amiga de vida Vera que nos momentos complicados, não só me estendeu a mão, mas me cedeu os braços, me amparou e não permitiu que eu caísse e a Wtemberg (Neto) pela ajuda na hora precisa. Agradeço a quem chamo de Padrinho e de Chefe Dr. Saulo Freire, médico oftalmologista por toda ajuda. Obrigado! Salve Deus!

## RESUMO

A saúde pública é um dos principais direitos fundamentais elencados na Constituição Federal de 1988, no entanto a prestação positiva e ativa do Estado através do Sistema único de Saúde, principal entidade responsável por tal prestação nem sempre é suficiente para suprir as necessidades de uma sociedade tão mista e plural. É a partir de tais problemas que surge a necessidade da judicialização de questões diretamente ligadas ao fornecimento de insumos e prestação positiva do Estado na busca para que se cumpra e se obtenha êxito no cumprimento das necessidades específicas do indivíduo, o que gera inegavelmente um alto custo para o Estado e a necessidade de ponderação entre o bem estar do indivíduo ante a coletividade. No município de Campina Grande não pode ser diferente, e é com base neste disposto que este trabalho analisou através do levantamento de dados o impacto real destas despesas no orçamento anual do município.

**Palavras-chave:** Judicialização, SUS, Saúde, Saúde pública, Direitos Fundamentais.

## **ABSTRACT**

Public health is one of the main fundamental rights listed in the Federal Constitution of 1988, however the positive and active provision of the State through the Unified Health System, the main entity responsible for such provision is not always sufficient to meet the needs of such a society. mixed and plural. It is from such problems that the need for judicialization of issues directly linked to the supply of inputs and positive provision of the State arises in the search for compliance and success in meeting the specific needs of the individual, which undeniably generates a high cost. for the State and the need to balance the well-being of the individual against the collectivity. In the municipality of Campina Grande, it cannot be different, and it is based on this provision that this work analyzed through data collection the real impact of these expenses on the annual budget of the municipality.

**Keywords:** Judicialization, SUS, Health, Public Health, Fundamental Rights.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL, A SAÚDE E O SUS .....</b>	<b>14</b>
1.1 A ORIGEM DO SUS.....	14
1.2 GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	19
1.2.1 FINANCIAMENTO DO SUS .....	19
1.2.2 GESTÃO DO SUS .....	21
<b>2. A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE – CRITÉRIOS E PRINCÍPIOS PONDERADOS .....</b>	<b>28</b>
2.1 OS DIREITOS SOCIAIS E A JUDICIALIZAÇÃO DE DEMANDAS.....	28
2.2 ATUAÇÃO JUDICIAL NAS DEMANDAS SOCIAIS QUE AFETAM O SUS E SEUS PARÂMETROS .....	30
2.3 A JUDICIALIZAÇÃO DAS CAUSAS DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS .....	32
<b>3. DO IMPACTO DAS DESPESAS COM COMPRAS DE MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB .....</b>	<b>34</b>
3.1 FUNDOS MUNICIPAIS.....	34
TABELA 1 – PREVISÃO DE RECEITA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE, PB PARA O EXERCÍCIO FISCAL DE 2020.....	36
.....	
TABELA 2 – DESPESAS COM MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR E DESPESAS COM PROCEDIMENTOS MÉDICOS.....	37
GRÁFICO 1- PROJEÇÃO DO IMPACTO DOS VALORES DAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO E PROCEDIMENTOS POR DEMANDA JUDICIAL.....	38
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>40</b>

## INTRODUÇÃO

A saúde pública de qualidade se configura como um direito fundamental a todos os cidadãos, previstos na Constituição Federal Brasileira. Em seu artigo 196, a Constituição Federal de 1988 explicita que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Mesmo sendo apresentado pelo Ministério da Saúde em sua cartilha “Entendendo o SUS” como um sistema único no mundo, proporcionando de forma gratuita e financiado a partir da União, Estados e Municípios, desde o mais simples exame ambulatorial a realização dos variados e complexos procedimentos, o SUS, ao que se verifica ao longo de sua existência e pela complexidade dos procedimentos e crescente população, não está conseguindo atender ao objetivo primário para o qual foi criado, a universalidade.

De forma cada vez mais corriqueira, a população brasileira busca a judicialização para garantir o atendimento dos vários procedimentos ambulatoriais, hospitalares, não contemplados pelo SUS, assim como, a garantia do recebimento de medicação, situação não diferenciada ao município de Campina Grande, Paraíba.

Diante do exposto, se indaga como o município de Campina Grande enfrenta tal problemática?

Qual o montante de recursos desprendidos do orçamento original e anual aplicado no cumprimento das demandas judiciais e qual seu impacto na concretização da política de saúde no município?

Quais os caminhos e mecanismos encontrados pelo município de Campina Grande-PB, para atender e enfrentar a realidade crescente da judicialização na saúde?

O presente estudo tem como objetivo geral, identificar o impacto real em valores monetários das despesas com procedimentos ambulatoriais, hospitalares e

com a distribuição de medicamentos oriundos de demandas judiciais no orçamento do Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande – PB.

O presente trabalho tem também objetos específicos, identificou através da análise de dados, que o orçamento existente em valores monetários e percentuais em relação ao montante anual destinado ao custeio da saúde pública no município de Campina Grande. Verificou de que forma se dá o financiamento da saúde. Averigou e trouxe a apresentação do volume de atendimento realizado a partir das demandas judiciais em um espaço de um exercício fiscal.

Quanto a hipótese traçada verificou-se que visando garantir o direito universal da saúde a todos os cidadãos, o Governo Federal, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando ainda que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, conforme artigo 198, cujas competências foram definidas pelo art. 200 da Constituição de 1988:

O entendimento de que a saúde é um direito universal e gratuito, gerou na população uma expectativa crescente pelos serviços de saúde e muitos dos serviços demandados passaram a não ser encontrados ou disponibilizados pela rede credenciada. Tal situação, agregada ao fato da população está em crescente busca de informação e consciente dos seus direitos, fez com que, as demandas saíssem dos postos de saúde para a seio do judiciário, encontrando através das decisões ali proferidas, a efetivação dos direitos previstos a partir da contraprestação positiva do Estado.

A justificativa para a realização dessa pesquisa foi colocar para o debate a partir da coleta de dados concretos as situações e nuances que possam esclarecer o problema da judicialização da saúde e o impacto financeiro dessas demandas.

Com o presente estudo, teremos oportunidade de fazer um paralelo entre o que preceitua a Constituição Federal, quando preconiza a saúde como direito fundamental. Os preceitos de manutenção e institucionalização da saúde no Brasil estão fincados na Constituição Federal de 1988, logo em seu artigo 6º sendo ratificado quando enfatiza que a proteção à saúde individual e especialmente coletiva se apresenta como direito fundamental. Senão vejamos no que leciona o art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco

de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Importante frisar que visando garantir o direito universal da saúde a todos os cidadãos, o Governo Federal, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando ainda que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, conforme artigo 198, cujas competências foram definidas pelo art. art. 200 da Constituição de 1988:

A regulamentação do Sistema Único de Saúde deu-se através da Lei 8.080/1990:

#### TÍTULO I

Art. 2 A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1 - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

#### TÍTULO II

Art. 4 O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.

Para Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, o Governo Federal, definiu através do artigo 8, Capítulo III da Lei 8.080/90, que as ações e serviços de saúde serão executados diretamente ou mediante participação complementa da iniciativa privada, regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, tendo sua direção comando único em cada esfera de governo.

Nesse entendimento de que a saúde é um direito universal e gratuito, gerou na população uma expectativa crescente pelos serviços de saúde e muitos dos serviços demandados passaram a não ser encontrados ou disponibilizados pela rede credenciada. Tal situação, agregada ao fato da população está em crescente busca de informação e consciente dos seus direitos, fez com que, as demandas saíssem dos postos de saúde para a Defensoria Pública e Ministério Público, encontrando no poder judiciário, a efetivação dos direitos que ora se busca.

O método utilizado na pesquisa, é considerada dedutiva, pois segundo Gil (2008, p.9):

a pesquisa dedutiva de acordo com a acepção clássica, é o método que parte do geral e, a seguir, desce ao particular. Parte de princípios

reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica. E o método proposto pelos racionalistas, segundo os quais só a razão é capaz de levar ao conhecimento verdadeiro, que decorre de princípios *a priori* evidentes e irrecusáveis.

Com base nessa afirmativa tem-se a pretensão em se tratando de uma pesquisa dedutiva, coletar, mensurar, estudar e apresentar as informações relativas ao objeto, tendo o propósito de explicar o conteúdo das premissas.

A presente pesquisa de natureza básica se caracteriza pela busca de conhecimentos novos e úteis objetivando a formulação de hipóteses de acordo com o problema da pesquisa.

Optou-se nessa pesquisa por realizar uma abordagem quantitativa, pois para Gil (2008), a pesquisa quantitativa objetiva quantificar os resultados a partir de amostras representativas de procedimentos e distribuição de medicamentos e material médico, recorrendo à linguagem dos números para as relações entre variáveis.

Os procedimentos utilizados para o presente estudo serão bibliográficos, documentais e coleta de dados: Bibliográfico, formulado a partir do levantamento de referências teóricas e publicadas por meios escritos e eletrônicos. Gil (2002, p. 44), reforça que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos. Para a análise documental utilizar-se-á de documentos públicos a exemplos de despachos judiciais, notas de empenhos, relatórios financeiros da instituição pesquisada. Esse autor explica que a pesquisa documental apresenta uma série de vantagens. Primeiramente, há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica. (GIL, 2002, p 46). A coleta de dados se deu na solicitação direta de informações junto ao órgão gestor das políticas de saúde no município de Campina Grande, PB, bem como, a partir de consulta formulada no site do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba - TCE-PB (<https://sagres.tce.pb.gov.br/despesa01.php>), selecionando a opção consulta despesa empenhada por exercício fiscal.

## **1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL, A SAÚDE E O SUS**

### **1.1 A ORIGEM DO SUS**

Antes de 1988, não existia um modelo de saúde, no império (1500-1889), o que mais acontecia eram doenças pestilenciais, ocorriam por falta de saneamento básico, por viverem aglomerados, como são doenças de fácil transmissão, então logo tínhamos populações dizimadas, por falta de conhecimento de como resolver, a pandemia logo se alastrava principalmente na periferia. Com a vinda da família real para o país, foi necessário a reformulação de toda a conjuntura existente e proporcionando a criação das primeiras escolas de medicina. A vinda da família real para o Brasil, criou a necessidade de criação de uma estrutura sanitária mínima que atendesse aos anseios do poder que ora se instalava no Rio de Janeiro capital do império.

Naquele período, não era o conjunto de problemas de saúde da população que demandavam ações de saúde, e sim aqueles que estavam diretamente ligados ao interesse econômico! Naquele período, emergiu o modelo assistencial sanitaria/campanhista, considerado o primeiro modelo de atenção do Brasil. As suas ações estavam voltadas para grupos específicos e ações pontuais. (SOUZA, p. 14, 2016).

A partir da Proclamação da República, ocorrida em 1889, houve o afloramento de que seria necessário modernizar o Brasil, com uma preeminente necessidade de atualizar a economia e a sociedade, face as mudanças mundo afora ocasionadas pelo mundo capitalista. Mesmo com todas as mudanças no cenário de produção, o capital humano ainda era predominante e as precárias condições de trabalho e de vida das populações urbanas, agregado a um quadro sanitário caótico, face a inexistência total de um modelo sanitário, contribuía para a proliferação e transmissão de grandes epidemias e doenças, sendo criado o Departamento Federal de Saúde Pública, tendo como diretor o Oswaldo Cruz. Período também marcado pelo acontecimento da

Revolta da Vacina, instituída pela Lei Federal 1.264/1904, que tornava obrigatória a vacina contra a varíola.

Em 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional, a Lei Elói Chaves, marco inicial da Previdência Social no Brasil, sendo instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPS. Em 1933, as CAPS foram unificadas e criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), que garantia benefícios aos seus segurados. A primeira Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1941 cria o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. No ano de 1966, o governo militar unifica o IAPS no INPS que passa a concentrar todas as atribuições previdenciárias. Sobre essa fase, de acordo com Souza (2016, p. 18, apud CAMPOS E FERREIRA, acesso em 07/0/14) “Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história”.

Completando o pensamento, Souza, (2016, p.19, apud POLIGNANO,2001), enfatiza que “esse sistema se tornou cada vez mais completo, tanto do ponto de vista administrativo, quanto financeiro, dentro da estrutura do INPS, o que acabou levando à criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, em 1979” cujo modelo médico privatista/curativo surge e se torna hegemônico.

Com o fim do regime militar, o movimento das Diretas Já e a eleição de Tancredino Neves, proporcionaram novos cenários de pensamentos e ações voltadas para o entendimento e gestão da saúde, sendo criadas as associações dos secretários estaduais de saúde (Conass) e municipais (Conasems, sendo realizado em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde / Congresso Nacional, sendo um marco na reforma sanitária do Brasil e do SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde.

O Sistema Único de Saúde – SUS, nasce com a promulgação da Constituição Federal de 1988, anteriormente a essa data, o Brasil não possuía uma política de saúde. A saúde era excludente e contributiva, estava voltada para a medicina privada e para os que contribuía com a previdência social através do antigo INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, uma grande parcela da sociedade ficava a margem da sociedade, dependendo do serviço social das Santas Casas de Misericórdia.

A universalização dos serviços públicos de saúde foi resultado da influência do movimento sanitarista na Assembleia Constituinte de 1987. Um dos mais importantes atos políticos do chamado movimento sanitarista ocorreu entre 17 a 21 de março de 1986, em Brasília – DF, onde se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo discutido, dentre outros temas, a reformulação do sistema nacional de saúde pública, sobretudo, com a ampliação da cobertura e dos beneficiários dos serviços de saúde.

Com a redemocratização do país e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a denominada constituição cidadã reconfigurou o marco jurídico do país, fortalecendo os direitos fundamentais da pessoa humana, dentre eles o direito a saúde.

O ano de 1988, além de nos trazer uma revolução nas leis Constitucionais do nosso país, nos trouxe também o surgimento do SUS, pela primeira vez temos em nossa Carta Magna 5 artigos Constitucionais exclusivamente voltados para saúde.

Os preceitos de manutenção e institucionalização da saúde no Brasil, estão fincados na Carta Magna, logo em seu artigo 6º sendo ratificado quando enfatiza que a proteção à saúde individual e especialmente coletiva se apresenta como direito fundamental. Essas proteções poderão ser evidenciadas conforme artigos 196 e 197 da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Este artigo deixa claro que a saúde está em primeiro lugar e que é obrigação do Estado cuidar dos Brasileiros e dos estrangeiros que moram no Brasil, e que todos devem ter acesso ao sistema de saúde pública SUS, unilateral e igualitariamente, o Estado tem o dever de garantir aos cidadãos esse direito através de políticas públicas, econômicas e sociais. Neste acesso está incluso o tratamento médico, consultas, remédios, juntando a esse dever ações preventivas da saúde pública juntamente com ações de serviços públicos também.

## “CAPÍTULO II



## DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

Nos direitos Sociais, o legislador inseri de início que todos tenham o direito a saúde, nos evidenciando a importância do Sistema Único de Saúde - SUS. Vale lembrar que em nenhum outro país se tem um sistema de saúde totalmente gratuito como o do nosso Brasil.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Visando garantir o direito universal da saúde a todos os cidadãos, o Governo Federal, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando ainda que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, conforme artigo 198, quando explicitou que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado e tendo como diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade

para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade, sendo ainda financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, cujas competências foram definidas pelo art. art. 200 da Constituição de 1988:

**Art. 200.** Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I** - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II** - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III** - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV** - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V** - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)
- VI** - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII** - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII** - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O Art. 200 da Constituição Federal de 1988, enfatizam que as atribuições do SUS variam da competência fiscalizatória e de controle das atividades que envolvam a saúde, passando pela produção de medicamentos e insumos, preparação dos profissionais e a busca pela inovação na saúde.

O sistema de saúde brasileiro nos traz atribuições dos entes públicos como divisão de hierarquia e de competências, porem para que o sistema único de saúde tivesse um funcionamento adequado, não bastou apenas a previsão constitucional, ou tais atribuições específicas dos órgãos, precisou que leis específicas a saúde fossem elaboradas, são elas:

Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Lei Federal 8142, de 28 de dezembro de 1990, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Unico de Saúde e

sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

#### TÍTULO I – Lei Federal 8080

Art. 2 A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1 - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

#### TÍTULO II

Art. 4 O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.

Corroborando com o mesmo pensamento da universalização, discorreu o Jurista Alexandre de Moraes (2011, p 39), a saúde se enquadra como um direito fundamental quando ele enfatiza:

A saúde é um direito pertencente a todos, e ainda mais, é um dever primordial do Estado, que deverá garanti-la com políticas sociais e econômicas, que atuará nos termos da lei, fiscalizando e controlando a sua execução, que poderá ser feita tanto diretamente quando por terceiros.

## **1.2 GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

### **1.2.1 – FINANCIAMENTO DO SUS**

Em 13 de setembro de 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional 29, que alterou artigos da Constituição Federal de 1988, definindo a aplicação pelos municípios do percentual mínimo 15% (quinze por cento) do produto da arrecadação de impostos destinados aos serviços de saúde. Esse foi um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor de saúde, estabelecendo a vinculação de recursos nas três esferas do governo, proporcionando um processo de financiamento mais estável do SUS.

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo, essa normatização foi instituída com a aprovação da Emenda Constitucional

nº 29, em 2000, determinando a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema, repassados para os fundos estaduais e municipais, conforme decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

No caso dos municípios e do Distrito Federal o produto da arrecadação recairá dos seguintes impostos: Propriedade predial e territorial urbana (IPTU); Transmissão “inter vivos”, de bens móveis, por natureza ou acessão física, e de direitos sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos à sua aquisição; Serviços de qualquer natureza, não compreendidos no Art. 155, inciso II (ISS). E dos seguintes recursos, conforme Art. 158 da Constituição Federal:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003) (Regulamento)

III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;

IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.

Parágrafo único. As parcelas de receita pertencentes aos Municípios, mencionadas no inciso IV, serão creditadas conforme os seguintes critérios:

I - 65% (sessenta e cinco por cento), no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, realizadas em seus territórios; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 108, de 2020)

II - até 35% (trinta e cinco por cento), de acordo com o que dispuser lei estadual, observada, obrigatoriamente, a distribuição de, no mínimo, 10 (dez) pontos percentuais com base em indicadores de melhoria nos resultados de aprendizagem e de aumento da equidade, considerado o nível socioeconômico dos educandos. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 108, de 2020)

Fica claro e definido em Lei que os municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a quinze por cento da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, da Constituição Federal, e que o seu não cumprimento acarretará em sanções ao gestor.

### 1.2.2 – GESTÃO DO SUS

A Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, foi regulamentada através das Leis Orgânicas 8.080/90 e Lei 8.142/90, tendo por finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência da saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, conforme artigo 8, Capítulo III da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei 8.142/90, que as ações e serviços de saúde serão executados diretamente ou mediante participação complementa da iniciativa privada, regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, tendo sua direção comando único em cada esfera de governo.

A partir dessa lei também foi definida o campo de atuação do SUS, seja de forma direta ou setorial:

- Assistência terapêutica integral;
- Assistência farmacêutica;
- Controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas, atente para as ações;
- Participação na preparação de recursos humanos;
- Orientação familiar;
- Acompanhar a Saúde do Trabalhador;
- Vigilância epidemiológica;
- Vigilância nutricional;
- Vigilância Sanitária.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

Destaca-se dentre os princípios a universalidade enfatizando o acesso para todos os cidadãos e a integralidade, determinando que o usuário da saúde deve ser visto como um ser único, que está inserido em um meio coletivo. O indivíduo deve ser

visto como um todo, sendo avaliado em sua totalidade. Analisa-se que este ser humano, possui uma família, uma morada, uma história de vida e uma necessidade, e as ofertas de ações serão apresentadas conforme sua necessidade social.

Essas ações serão desenvolvidas obedecendo níveis continuados e articulados:

- Primeiro nível - Atenção primária/básica, desenvolvida pelas equipes de saúde da família e estratégia de agentes comunitários, dentro outros;
- Segundo nível – Atenção Secundária: Serviços e ações executados pelas especialidades;
- Terceiro nível – Atenção Terciária: ações e serviços executados pelos Hospitais de grande porte e universitários.

Para a gestão dos recursos financeiros, condiciona a existência de conta específica vinculada aos fundos de saúde e fiscalização pela sociedade civil através dos Conselhos de Saúde. Fortalece ainda através dessa Lei a gratuidade das ações e dos serviços públicos e privados contratados e conveniados.

Já a Lei 8.142/90, aborda a participação da população na gestão dos SUS e suas transferências para os governos. Aborda o controle social, como diretriz e princípio do SUS, instituindo ainda as Conferências de Saúde (CNS) como espaços de discussão das políticas e acontecem a cada 4 anos em cada esfera de governo. A mais importante aconteceu em 1986, quando foi consolidada a reforma sanitária e a criação dos ideais do SUS. Possuem caráter permanente e deliberativo e são compostas por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, conforme art. 1 § 2º. Assim como, destaca-se a participação dos Conselhos, como instâncias colegiadas e deliberativas que se reúnem mensalmente ou em caráter extraordinário em cada esfera de governo.

A partir da Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, houve a regulamentação do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com controle e monitoramento, passando a serem organizados os Blocos de Financiamentos:

## DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Art. 3º Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

Em 2009, com a publicação da Portaria n º 837 de 23 de abril de 2009, foi incluído o Bloco de Investimento da Rede de Serviços de Saúde, destinando recursos exclusivamente para despesas de capital.

Em 2011 foi publicada pelo Ministério da Saúde a portaria MS nº 2.488 que instituiu a Política nacional de atenção básica:

### PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

*Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).*

### DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio



do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Conforme discorre Souza, 2016, p.121, “a Atenção Básica é o primeiro nível do sistema de saúde e teve na 1ª Conferência de Cuidados Primários em Saúde – Conferência de Alma – Ata em 1978, como marcos iniciais da discussão de cuidados primários em nível internacional”. A atuação é feita pelas equipes de estratégia de saúde da família em um espaço geograficamente definidos, utilizando as reações interpessoais e tecnologias de cuidados. A atenção básica ou primária, inicia a concepção máxima do entendimento sobre o SUS, pois ela se faz presente de forma direta e maciça em todos os municípios brasileiros, independente do seu porte, diferente de outros blocos de financiamento, que só possuem maiores relevâncias em municípios mais populosos.

Em 2012, foi publicada a Lei Complementar 141, de âmbito nacional e aplicável a todas as esferas do governo, que regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo ainda critérios de rateio dos recursos, fiscalização e avaliação dos controles das despesas com saúde.

## **CAPÍTULO II DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Para serem consideradas ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos recursos mínimos, as despesas obrigatoriamente precisam estar voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde e financiadas com recursos movimentadas por meio dos fundos municipais, que atendam ao disposto no art. 7º da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dessa forma para serem consideradas ASPS, as ações devem estar disponíveis a toda população de forma gratuita, constar no plano de saúde, ser de responsabilidade do setor de saúde e serem fiscalizadas e

aprovadas pelo Conselho de saúde, além se executadas com recursos movimentados até sua destinação final nos fundos de saúde. (Cartilha CONASEMS, 2015).

O que pode ser verificado foi que o Sistema Único de Saúde Brasileiro, vem ao longo dos anos buscando o aprimoramento de suas ações, seja, na forma de atuação, seja no campo de aplicação dos recursos. Trata-se de um processo continuado e demorado, mas que ao longo dos anos vem se constituindo como um exemplo para os demais países e para a consolidação dos direitos sociais no país.

## 2. A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE – CRITÉRIOS E PRINCÍPIOS PONDERADOS

### 2.1 OS DIREITOS SOCIAIS E A JUDICIALIZAÇÃO DE DEMANDAS

O entendimento de que a saúde é um direito universal e gratuito, gerou na população uma expectativa crescente pelos serviços de saúde e muitos dos serviços demandados passaram a não ser encontrados ou disponibilizados pela rede credenciada. Tal situação, agregada ao fato da população está em crescente busca de informação e consciente dos seus direitos, fez com que, as demandas saíssem dos postos de saúde para a Defensoria Pública e Ministério Público, encontrando no poder judiciário, a efetivação dos direitos que ora se busca, conforme esclarece Luís Roberto Barroso (2012):

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro.

Não há como tratar de judicialização, sobretudo de um tema tão importante e complexo como o direito a saúde sem estabelecer uma conexão clara entre o direito e a sociedade, tendo em vista o modelo de Estado Social moderno representar uma ruptura com o modelo liberal, onde a função do Estado se baseava unicamente no conceito de liberdade prevendo por si a não intervenção estatal nas relações, o que por si só causou durante anos uma dificuldade imensa na obtenção e na garantia dos direitos.

Desde o surgimento do Estado Social, a relação entre indivíduo e Estado demonstra um caráter de complementação, onde o Estado atua, ou deve atuar, ativamente para suprir as lacunas que os indivíduos não são capazes de preencher por si só, afim de que atinjam plenamente seus anseios e objetivos, limitados sempre aos ditames do ordenamento jurídico. É nessa perspectiva que o Brasil como Estado

Democrático de Direito, prevê amplo rol de direitos fundamentais sociais em sua constituição, que contam ainda com ratificação de Tratados internacionais e vasta gama de legislações infraconstitucionais em todos os âmbitos.

Para efeitos do nosso estudo, sabemos que em relação a saúde o Estado tem uma natureza prestacional efetivada principalmente pelo Sistema Único de Saúde, como já discutido neste trabalho. Ocorre que as garantias sociais, ainda que previstas como normas programáticas no texto constitucional, são impactadas pelas crises que o Estado tem sofrido nos dias atuais, leia-se nos últimos anos. Nestes tempos, a redução da prestação estatal vem acompanhada da flexibilização dos direitos e garantias sociais, fazendo crescer a utilização de mecanismos garantidores destes direitos.

Atualmente, admite-se que as normas programáticas são dotadas de eficácia interpretativa – funcionando como parâmetro para interpretação do ordenamento jurídico –negativa – impedindo que o Estado aja contrariamente à previsão – e, ainda, positiva. Destaca-se, aqui, a eficácia positiva dessas normas, que garante ao indivíduo a possibilidade de se exigir um direito subjetivo baseado na previsão de normas programáticas.

É com base nessa subjetividade e necessária busca pelo meio judicial para se conseguir o cumprimento de direitos que devem sempre ser ponderados e quando possível flexibilizados, para o próprio bem estar social que surge o grande aumento de demandas judiciais envolvendo o Direito a saúde e por conseguinte o Sistema Único de saúde, principal ponte e mola mestra entre o Estado e o indivíduo.

Nesse sentido, e para que nosso estudo se torne prático e de melhor compreensão, destaca-se o aumento das demandas relacionadas à obtenção de medicamentos. Apesar da importância da atuação jurisdicional, é preciso que haja harmonia entre os três poderes a fim de garantir a execução de políticas públicas que promovam a efetividade dos direitos fundamentais sociais, que são determinados pela Constituição Federal de 1988.

A busca pela regular prestação dos mais variados tipos de serviços de saúde, que vão de simples procedimentos demandados na atenção básica, a complexos procedimentos de alta complexidade, além da busca por medicamentos não

constantes da distribuição gratuita pelo SUS, instituiu um fenômeno conhecido como judicialização da saúde.

Destaca-se que alguns autores tercem críticas ao que se denomina de judicialização excessiva da saúde. Comunga desse pensamento Luiz Roberto Barroso (2009), quando enfatiza:

Tais excessos e inconsistências não são apenas problemáticos em si. Elas põem em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos. No limite, o casuísmo da jurisprudência brasileira pode impedir que políticas coletivas, dirigidas à promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas. Trata-se de hipótese típica em que o excesso de judicialização das decisões políticas pode levar à não realização prática da Constituição Federal. Em muitos casos, o que se reveja é a concessão de privilégios a alguns jurisdicionados em detrimento da generalidade da cidadania, que continua dependente das políticas universalistas implementadas pelo poder Executivo.

## 2.2 ATUAÇÃO JUDICIAL NAS DEMANDAS SOCIAIS QUE AFETAM O SUS E SEUS PARÂMETROS

Diante da crise na eficácia dos direitos sociais, a atuação do poder judiciário passou a ser fundamental e cada vez mais recorrente, o papel do Estado juiz como garantidor de direitos tende a ser cada vez mais expressivo, em razão da omissão do poder público em implementar políticas que forneçam condições básicas ao cidadão. É assim que a aplicação dos princípios constitucionais e norteadores que balizam a atuação do poder judiciário passa a ser imprescindível, a fim de que os interesses da coletividade sejam satisfeitos, mas sempre levando em consideração a capacidade do Estado de satisfazer tais necessidades.

Dentro dessa dualidade entre o interesse dos indivíduos e a capacidade estatal, aplica-se o princípio da reserva do possível. Este princípio que tem origem do Direito Alemão, fundamenta-se na razoabilidade da pretensão, não levando em conta apenas a existência de recursos materiais, por parte do poder público, para a efetividade dos direitos sociais pleiteados.

No Brasil, o princípio da Reserva do Possível é aplicado no sentido de se verificar o que é economicamente possível ao Estado fornecer ao indivíduo. A prevalência do

sentido econômico quando avaliada a razoabilidade da pretensão, visa estabelecer um parâmetro razoável tendo em vista a escassez de recursos públicos destinados ao SUS, destinado originalmente à implementação de políticas públicas suficientes para satisfazer as necessidades sociais, necessidades estas que devem ser amparadas por toda a saúde pública, através do SUS.

É desta forma que tais ponderações são necessárias para que não se suprima o direito da coletividade em detrimento de um único indivíduo, sendo essa inclusive um dos maiores argumentos para a negativa administrativa e judicial de várias demandas. Neste sentido enfatiza Marcos Maselli, que:

“[...] certas prestações, uma vez determinadas pelo Judiciário em favor do postulante que ajuizasse ação neste sentido, poderiam canalizar tal aporte de recursos que se tornaria impossível estendê-las a outras pessoas, com evidente prejuízo ao princípio igualitário”. (2003, p. 19)

Destarte, se faz necessário que o poder judiciário, analise e profira decisões com base nesta ponderação de princípios e direitos além de ter bom senso, balanceado os valores e levando em consideração a realidade econômica vivenciada pelo SUS no momento das decisões, levando em consideração que os direitos são flexibilizados de acordo com o momento em que a sociedade vive. Assim, as possibilidades reais e os custos precisam sempre ser sopesados nas decisões judiciais que visem efetivar o direito fundamental à saúde de um único indivíduo em detrimento do mesmo direito de inúmeros indivíduos e com base na situação econômica do SUS, critérios igualmente amparados pela constituição federal.

Neste plano, leciona Sarlet que:

“[...] apenas mediante uma convergência de vontades e esforços (do Poder Público e da sociedade), bem como especialmente com a superação do tradicional jogo de “empurra-empurra” que se estabeleceu em nosso País (entre Estado e iniciativa privada, entre União e Estados, entre estes e os Municípios, entre Executivo e Legislativo, entre estes e o Judiciário, etc) é que se poderá chegar a uma solução satisfatória e que venha a resgatar a dignidade da pessoa humana para todos os brasileiros, notadamente no que diz com a efetiva possibilidade de usufruir das condições mínimas para a existência digna”. (2005, p.16)

Vê-se então, que apesar de sua estrutura macro, o Sistema único de saúde também tem uma gama de obrigações tendo em vista ter sido criado para atender equitativamente todos os indivíduos que deles precisam, e que levar os litígios para o poder judiciário se faz necessário, sobretudo pela complexidade dos casos em concreto que precisam ser analisados.

É com base em todo o entendimento que se faz necessário ilustrar, mesmo que rapidamente um aspecto pratico de como essa judicialização alcança seus objetivos, não esgotando jamais o conteúdo devido a complexidade e variedade de casos que são levados diariamente ao poder judiciário.

### 2.3 A JUDICIALIZAÇÃO DAS CAUSAS DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Como visto até o presente momento, o SUS é o principal mecanismo que interliga o indivíduo e toda a sociedade a prestação e concretização dos direitos a Saúde e ao seu acesso no Brasil. Dentre as suas várias acepções, algumas questões são mais comuns em relação a judicialização, questões mais recorrentes que outras são vistas no judiciário brasileiro. Neste ponto, usaremos a título de exemplo e ilustração as questões inerentes ao fornecimento de medicamentos.

Quando o assunto é fornecimento de medicamentos, logo nos deparamos com um grave problema na realidade da saúde no Brasil. Como já demonstrado, o debate acerca da disponibilidade de recursos e da necessidade de fornecimento de tratamento adequado pelo poder público através do SUS, tem sido cada vez mais frequente.

Nesse sentido, o poder judiciário tem sido acionado pela população, com o objetivo de concretizar a efetivação do direito à saúde para na prática, determinar ao Estado que disponibilize os fármacos necessários para as mais variadas enfermidades levadas a juízo. Sendo assim, considerando que o direito à saúde encontra previsão constitucional e é efetivado por meio da realização de políticas públicas, suprimi-lo viola um direito fundamental do indivíduo, sujeito às condições precárias a que é submetido pela falha na prestação dos serviços públicos de saúde.



Tendo em vista a já tratada e necessária ponderação entre os direitos e princípios observados pelos tribunais, quando o tema é fornecimento excepcional pelo SUS, não só no caso do fornecimento de medicamentos, exemplo utilizado para ilustrar o tema, mas também em relação a procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos é que buscamos elencar através de dados específicos como essa realidade impacta no orçamento da cidade de Campina Grande.

### **3. DO IMPACTO DAS DESPESAS COM COMPRAS DE MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES NO ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB**

#### **3.1 FUNDOS MUNICIPAIS**

Os fundos municipais são fundos especiais, previstos no art. 71 da Lei Federal nº 4.320/64, criados para receber e distribuir recursos para a realização de atividades, programas ou projetos municipais específicos, que visam o atendimento do interesse público, tendo a gestão municipal como responsável por prover o orçamento, bem como gerenciar as receitas necessárias a esses programas e garantir sua realização.

Possuem como característica: Serem instituídos por lei, instaurada pelo Poder Executivo e regulamentados por decreto, financiados por receitas instituídas na Lei de criação, são vinculados estritamente às atividades para as quais foram instituídos, possuem orçamento próprio e administração descentralizada e contam com normas especiais de controle e prestação de contas.

##### Dos Fundos Especiais

Art. 71. Constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que por lei se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação.

Art. 72. A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas a fundos especiais far-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em créditos adicionais.

Art. 73. Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo.

Art. 74. A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem de qualquer modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas ou órgão equivalente.

O fundo municipal, é uma modalidade de gestão de recursos de natureza financeira e contábil destinado a implantação, manutenção e consolidação do SUS, sendo vinculado a Secretária de Saúde, tendo no Secretário seu gestor. Merece destaque que ressalvado o que dispõe o art. 167,IV da Carta Magna, fica proibido que

se vincule à operação dos fundos ressalvado os casos previstos na própria constituição.

O Município de Campina Grande, PB, assim como apregoa a Constituição Brasileira, consubstanciada pela Lei nº 8.080/90, possui comando único da saúde, tendo suas ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde, através do Fundo Municipal de Saúde, instituído através da Lei Municipal nº 2.182 de 26 de dezembro de 1990, tendo como objetivo:

Art. 1 – Fica criado o Fundo Municipal de Saúde que tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executada ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, que compreendem:

I – O atendimento à saúde universalizado, integral, regionalizado e hierarquizado;

II – A vigilância sanitária;

III – A vigilância epidemiológica e ações de saúde de interesse individual e coletivo correspondentes;

Cabe ao Fundo Municipal de Saúde, as atribuições de gerir, acompanhar, e avaliar a política de saúde de acordo com o Plano Municipal de Saúde e as Leis de Diretrizes Orçamentárias.

Nessa perspectiva, o município de Campina Grande, PB, planeja suas ações para o quadriênio através do Plano Plurianual – PPA e Plano Municipal de Saúde e apresenta ao Crivo dos órgãos de fiscalização e acompanhamento, assim como à Comissões Inter gestores Bipartite (CIB), que definem as pactuações de cada município de acordo com os serviços ofertados. Nesse planejamento, os recursos são alocados para os custos da política de saúde no município. No entanto, essa programação sofre constantes modificações decorrentes da Judicialização da saúde. As interferências externas, sejam através do Ministério Público, seja a través das demandas judiciais, imprimem um novo ritmo, por não dizer, direcionamento as ações que serão desenvolvidas no processo municipal de gestão da saúde.

No intuito de fazer uma análise sobre o impacto das despesas empenhadas de medicamentos e procedimentos médicos hospitalares no orçamento do município de Campina Grande, PB, foi adotado como técnica, a busca “in loco” das informações a partir dos relatórios internos fornecidos pelo Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande – FMS,

A primeira análise refere-se ao montante total da receita prevista para o exercício de 2020 do Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande – FMS. Cumpre ressaltar que os dados estão em conformidade com os relatórios fornecidos ao Conselho Municipal de Saúde, quando da apresentação dos relatórios quadrimestrais.

TABELA 1 – PREVISÃO DE RECEITA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE, PB PARA O EXERCÍCIO FISCAL DE 2020.

<b>SITUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE - FMS PREVISÃO DE RECEITA CONTANTE NO RELATÓRIO DE ATENDIMENTO AO INCISO I, DO ARTIGO 36, DA LEI COMPLEMENTAR 141/12.</b>	
<b>I - Recursos Transferidos pela União</b>	
<i>Blocos de Financiamento</i>	<b>RECEITA (a)</b>
Bloco da Atenção Básica ( <i>Atenção Primária</i> )	41.000.000,00
Bloco de Média e Alta Complexidade	171.000.000,00
Bloco de Vigilância em Saúde	3.500.000,00
Bloco de Assistência Farmacêutica	3.000.000,00
Bloco de Gestão do SUS	200.000,00
Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde, Construção, Ampliação e Reformas de Unidades de Saúde	5.950.000,00
<b>Sub-Total (I)</b>	<b>224.650.000,00</b>
<b>II - Recursos Transferidos pelo Estado</b>	
Assistência Farmacêutica (R\$% 76.236,46)	6.400.000,00
UPA (R\$ 200.000,00)	
SAMU (R\$127.500,00)	
Aporte Microcefalia	
<b>Sub-Total (II)</b>	<b>6.400.000,00</b>
<b>III - Recursos Próprios / Transferências do Município - EC 29 (15%)</b>	
Transferências EC 29 / PMCG (Previsão Extra-Orçamentária)	60.700.000,00
Taxa de Vigilância Sanitária	1.100.000,00
<b>IV - Rend.Aplicações Financeiras - Sub-total</b>	<b>100.000,00</b>
<b>Total Geral (I + II + III + IV)</b>	<b>292.950.000,00</b>
<small>Fonte: Balancete Orçamentário Financeiro FMS/Janeiro/2020</small>	

Conforme pode ser verificado o município de Campina Grande, PB, possuía um orçamento anual destinado ao Fundo de Saúde – FMS de R\$ 292.950,00 (Duzentos e noventa e dois milhões, novecentos e cinquenta mil reais, para execução da política de saúde, fixado através da Lei 7.473 de 30/12/2019. Em consulta realizada no site do Sagres TCE/PB, extraído de <https://sagres.tce.pb.gov.br/despesa01.php>, verificou-

se que a despesa empenhada chegou ao montante de R\$ 419.855.688,88, ou seja, houve uma suplementação superior a cem mil reais.

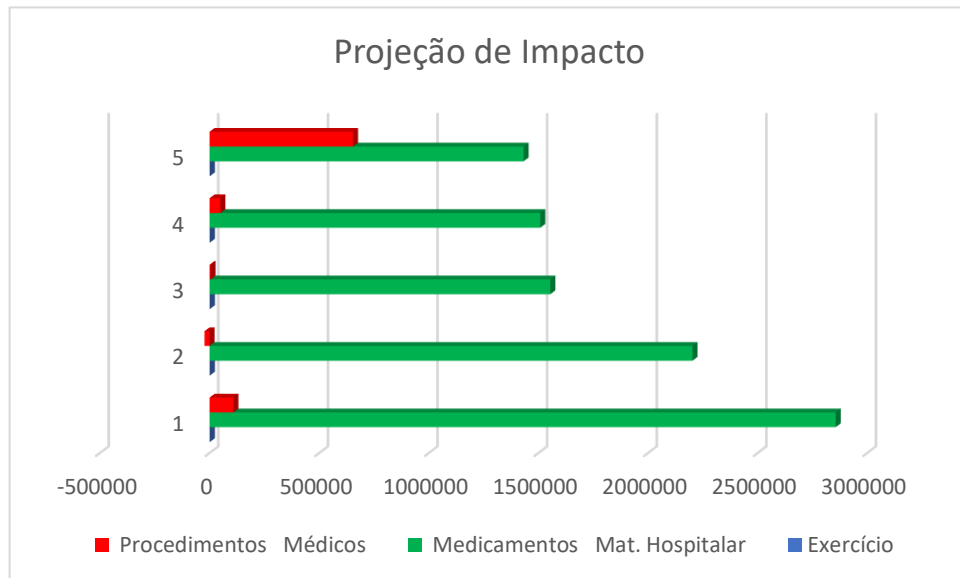
Tabela 2 – Despesas com Medicamentos e material médico hospitalar e Despesas com Procedimentos médicos

<b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS</b>					
<b>CAMPINA GRANDE - PB</b>					
<b>DESPESA EMPENHADA POR DEMANDAS JUDICIAIS</b>					
<i>Período Compreendido entre 2016 A 2020</i>					
<i>por ordem decrescente</i>					
<b>Exercício</b>	<b>Medicamentos</b>		<b>Procedimentos</b>		<b>Total</b>
	<b>Mat. Hospitalar</b>		<b>Médicos</b>		
2020	R\$ 2.856.521,36	R\$	109.209,27	R\$	2.965.730,63
2019	R\$ 2.203.230,49	-R\$	22.961,37	R\$	2.180.269,12
2018	R\$ 1.554.613,83	R\$	4.654,24	R\$	1.559.268,07
2017	R\$ 1.508.602,48	R\$	49.392,63	R\$	1.557.995,11
2016	R\$ 1.432.856,65	R\$	654.882,85	R\$	2.087.739,50
<b>Total</b>	<b>R\$ 9.555.824,81</b>	<b>R\$</b>	<b>795.177,62</b>	<b>R\$</b>	<b>10.351.002,43</b>

Fonte: Informações obtidas junto a Gerencia de Contabilidade e Finanças e a Central de Abastecimento farmacêutico da SMS/FMS.

Destaca-se o montante de recursos aplicados nas despesas demandadas por procedimentos judiciais no exercício de 2020, totalizam o somatório de R\$ 2.965.730,63, sendo que apenas 3,65% da despesa refere-se a custeio de procedimentos médico-hospitalares, 95,35% corresponde aos custos destinados a aquisição de remédios e material médico hospitalar, oriundos de ações judiciais. O montante de R\$ 2.856.521,36, corresponde a 95,22% do orçamento destinado as ações de aquisição de remédios para o bloco de assistência farmacêutica. Salienta-se que a assistência farmacêutica se trata de um conjunto de ações voltadas à promoção e recuperação da saúde, conforme Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, assistindo toda a assistência primária. No município de Campina Grande, no exercício de 2020, a assistência farmacêutica estava presente em 109 equipes de estratégia da família (PSF), atingindo um público superior a cem mil pessoas. Em cinco anos esse montante ultrapassa a casa dos dez milhões de reais.

Gráfico 1- Projeção do impacto dos valores das compras de medicamentos e material médico e procedimentos por demanda judicial.



O que se pode constatar mediante o gráfico é que a compra de medicação por demanda judicial supera e em muito as demais demandas, a exemplo dos procedimentos médicos, salvo o exercício de 2016 que apresentou um elevado gasto, chegando a R\$ 654.882,85, os demais exercícios se mantiveram com percentuais relativamente pequenos em relação a compra de medicação oriunda as vias judiciais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou chamar a atenção a certa do impacto das compras de medicamentos, material médico e procedimentos hospitalares, realizados pelo Fundo Municipal de Saúde - FMS, no orçamento do município de Campina Grande, PB. Onde se verificou que a valor demandado para a despesa com procedimentos judiciais, está praticamente igualitário ao valor aplicado no Bloco de Financiamento da assistência farmacêutica, sendo que este, atende uma população infinitamente superior, ao volume de pessoas assistidas a partir das demandas judiciais.

Mostra-se ainda preocupante a tendência de crescimento quando analisamos o quadro comparativo dos anos estudados 2016 a 2020, com um crescimento de 49,84% em cinco anos.

O que se pode constatar é que a judicialização tornou-se um caminho comum onde a população que dispõe das informações necessárias se salvaguarda na busca da garantia dos seus direitos, alicerçados na própria Constituição quando assevera ser a saúde direito de todos e dever do Estado. Esse dever de cuidar e zelar, está ficando cada vez mais escasso, e se caminha a passos curtos e lentos para uma solução. O que se vê na realidade é uma população crescente, que não assegurada nas vias públicas dos seus direitos, se vale da justiça para fazê-lo.

O presente trabalho em nenhum momento teve a intenção de julgar o certo ou errado, o direito está posto, e em assim sendo, cabe ao cidadão que não encontra no Estado o resguardo dos seus direitos, buscar, inclusive na esfera judicial.

Por fim, se faz necessário destacar que o próprio judiciário já se preocupa com as crescentes demandas e com o fenômeno da judicialização da saúde, se de um lado garante direitos de uns, e nesse caso, de uma minoria, do outro lado a coletividade, fica desassistida, visto que com os recursos escassos, se torna impossível atender as demandas anteriormente planejadas, haja vista a utilização dos recursos financeiros existentes em demanda que atropelaram o planejamento orçamentário e administrativo daquele órgão gestor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1998, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 201. 454p.

BRASIL, **Entendendo o SUS, Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 22 mai. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 15 dez.2021

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf> >. Acessado em: 22 mai. 2021.

CAMPINA GRANDE (Município). **Lei nº 2.182, de 26 de dezembro de 1990**. Institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Semanário Oficial nº 1112, Campina Grande, PB, p. 02 a 06. 31 de dezembro de 1990.

CARVALHO, Gilson. Financiamento Federal para a Saúde no Brasil: 2000-2009. SANTOS, Lenir (organizadora). *In Direito da Saúde no Brasil*. Campinas: Editora Saberes, 2010, p. 281/307.

GIL, Antonio Carlos, **Métodos e técnicas de pesquisa social** - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008

GOUVÊA, Marcos Maselli. O controle judicial das omissões administrativas,2003.

MORAES, Alexandre. Direito Constitucional. 27 ed. São Paulo: Atlas, 2011. p.39.



SARLET, Ingo Wolfgang. A Eficácia dos Direitos Fundamentais. 9. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SOUZA, Natale Oliveira de. Legislação do SUS esquematizada e comentada, Salvador: SANAR, 2016.

O direito à saúde em tempos de Pandemia. Das possíveis soluções para a Calamidade Pública provocada pelo vírus Covid 19. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/81195/o-direito-a-saude-em-tempos-de-pandemia-das-possiveis-solucoes-para-a-calamidade-publica-provocada-pelo-virus-covid-19>  
Acesso em: 04 de dez de 2021.